

Świadomość znaczenia czynników ryzyka u pacjentów po przebytym udarze mózgu — ocena wstępna

Risk factors knowledge among patients with a history of stroke — preliminary study

Grzegorz Kozera¹, Anna Kosmol², Radosław Szczęch², Krzysztof Narkiewicz²,
Bogdan Wyrzykowski², Barbara Krupa-Wojciechowska², Dariusz Gąsecki¹, Walenty M. Nyka¹

¹Klinika Neurologii Dorosłych Akademii Medycznej w Gdańsku

²Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Streszczenie

Brak wiedzy pacjentów na temat znaczenia czynników ryzyka udarów mózgu jest częstą przyczyną ich bagatelizowania i zaniechania diagnostyki oraz leczenia. Celem pracy była ocena wiedzy na temat czynników ryzyka wśród pacjentów z udarem mózgu. Badaniem objęto grupę 41 mężczyzn z rozpoznanym udarem mózgu lub TIA z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie. Grupę kontrolną stanowiło 32 mężczyzn bez zaburzeń krążenia mózgowego, leczonych uprzednio z powodu nadciśnienia tętniczego w poradni nadciśnieniowej. Pacjenci otrzymali kwestionariusz zawierający 15 pytań oceniających podstawową wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i stylu życia oraz 1 pytanie dotyczące samooceny posiadanej wiedzy o nadciśnieniu tętniczym. Chorzy z udarem mózgu uzyskali gorszą punktację w badaniu ankietowym niż grupa kontrolna ($11,51 \pm 2,5$ vs. $12,84 \pm 2,36$ pkt, $p < 0,05$). Prawidłowy zakres wartości ciśnienia tętniczego krwi podało 19% chorych z grupy badanej oraz 75% pacjentów z grupy kontrolnej. Swoją wiedzę jako wystarczającą oceniło 19,5% chorych z udarem i 50% osób bez udaru. Wyniki te sugerują, że podstawowa wiedza na temat czynników ryzyka chorób naczyniowych mózgu jest niższa u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz z zaburzeniami krążenia mózgowego niż u osób z nadciśnieniem tętniczym bez udaru mózgu.

Słowa kluczowe: udar mózgu, czynniki ryzyka, profilaktyka, świadomość

Abstract

Lack of knowledge about common risk factors of cerebrovascular disorders could provoke their malcontrol and confer further risk increase. The aim of our study was to assess basic knowledge about risk factors in patients with a history of stroke. We studied 41 hypertensive patients with a neurological event approximately 1 month prior to the study. Thirty two age-matched hypertensive males without neurological events from outpatient hypertension clinic served as control group. Both groups were given 15 questions evaluating basic knowledge on hypertension, diabetes, life style and a question concerning self-evaluation of their knowledge. Patients with a history of stroke scored less points during the test than those in the control group (11.51 ± 2.5 vs. 12.84 ± 2.36 pts; $P < 0.01$, max 15 pts). The value of normal blood pressure was known by 75% of patients with hypertension and only by 19.5% of those with stroke and hypertension ($P < 0.01$). These findings indicate that knowledge about risk factors in patients with a history of stroke is poorer than in a control group.

Key words: stroke, risk factors, prevention, awareness

Wstęp

Świadomość znaczenia głównych czynników ryzyka odgrywa istotną rolę w profilaktyce chorób naczyniowych mózgu [1, 2]. Brak dostatecznej wiedzy o roli nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, czy stylu życia w patologii krążenia mózgowego może przyczynić się do nieprzestrzegania przez pacjentów konieczności ich ścisłej kontroli

[3, 4]. Zwiększa to ryzyko powstania powikłań naczyniowo-mózgowych, szczególnie u chorych z udarem mózgu czy przejściowym atakiem niedokrwinnym (TIA, *transient ischemic attack*) w wywiadzie [5, 6]. Spadek zachorowalności na udar mózgu w krajach uprzemysłowionych można wiązać z odpowiednią modyfikacją czynników ryzyka [7, 8]. Szczególnie dotyczy to nadciśnienia tętniczego, które pozostaje głównym czynnikiem ryzyka chorób naczyniowych mózgu zarówno w Polsce, jak i na świecie [9]. Sposobem zmiany niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej może być zwiększenie świadomości społecznej co do roli najczęstszych czynników ryzyka udaru mózgu [10].

Adres do korespondencji:
Lek. med. Grzegorz Kozera
Klinika Neurologii Dorosłych AM w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel.: + 48 (0 58) 349 23 00, faks: + 48 (0 58) 349 23 20
Praca wpłynęła do Redakcji: 20 stycznia 2002 r.
Zaakceptowano do druku: 12 września 2002 r.

Celem niniejszej pracy była ocena wiedzy na temat najważniejszych czynników ryzyka wśród pacjentów z zaburzeniami krążenia mózgowego obciążonych nadciśnieniem tętniczym. Badano również samoocenę posiadanej wiedzy, świadomość obciążenia chorobą nadciśnieniową oraz znajomość prawidłowej masy ciała.

Material i metody

Badano grupę 41 mężczyzn w wieku 37–71 lat (średnia wieku 54,8 lat) z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie, hospitalizowanych w Klinice Neurologii Dorosłych AM w Gdańsku, w latach 2000–2001, z powodu udaru mózgu lub TIA. Udar niedokrwienny rozpoznano u 34 chorych, TIA — u 5 osób, a udar krwotoczny — u 2. Diagnozę w każdym przypadku potwierdzono badaniem tomograficznym głowy (CT, *computer tomography*). Kryterium włączenia do grupy stanowiło: obciążenie chorobą nadciśnieniową w przeszłości (dane z wywiadu oraz dokumentacji medycznej) lub nadciśnienie stwierdzone w trakcie hospitalizacji. Rozpoznanie nadciśnienia ustalono na podstawie całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (ABPM, *ambulatory blood pressure monitoring*) oraz oceną naczyń dna oka. Objawy zaburzeń funkcji poznawczych i/lub zaburzenia afektywne stanowiły kryteria wykluczające. Ich weryfikacji dokonano przy użyciu skali *Mini Mental State Examination* (MMSE). Pacjenci w okresie poprzedzającym hospitalizację pozostawali pod opieką poradni podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Stan neurologiczny pacjentów oceniany w chwili wypisu według 6-stopniowej skali Rankina oceniano w granicach 0–1 punktów.

Grupę kontrolną stanowiło 32 mężczyzn w wieku 47–62 lat (średnia wieku 54,8 lat), bez zaburzeń krążenia mózgowego, wybranych spośród pacjentów poradni nadciśnieniowej działającej przy Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM w Gdańsku, regularnie leczonych z powodu choroby nadciśnieniowej.

Pacjenci obu grup wypełnili kwestionariusz złożony z 15 pytań oceniających podstawową wiedzę na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i stylu życia, diety, nadwagi, spożywania alkoholu i palenia tytoniu (tab. I). W ankiecie zawarto ponadto pytania dotyczące samooceny posiadanej wiedzy o nadciśnieniu tętniczym oraz świadomość własnej prawidłowej lub nieprawidłowej masy ciała. Ankietę opracowano w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii w ramach programu „Wpływ edukacji chorych z nadciśnieniem tętni-

Tabela I. Pytania sprawdzające wiedzę pacjenta*

Table I. Questions evaluating patients knowledge*

1. Osoby, których rodzice chorowali lub chorują na nadciśnienie tętnicze są częściej narażone na wystąpienie nadciśnienia.
Persons with family history of hypertension are in higher risk for hypertension than others.
2. Nadciśnienie tętnicze może długo być bezobjawowe.
Hypertension can be asymptomatic for a long time.
3. Nadciśnienie tętnicze wymaga leczenia jedynie w przypadku występowania dolegliwości.
Hypertension should be treated only if symptomatic.
4. Palenie tytoniu jest szkodliwe tylko dla dróg oddechowych i nie wpływa na serce i naczynia.
Smoking is harmful for airways and doesn't influe heart and vessels.
5. Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia cukrzycy.
Obesity increases risk for diabetes.
6. Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia nadciśnienia.
Obesity increases risk for hypertension.
7. Przewlekłe nadużywanie alkoholu może być przyczyną nadciśnienia.
Chronic alcohol abuse can provoke hypertension.
8. Osoby z nadciśnieniem powinny unikać wszelkiej aktywności fizycznej.
Hypertensive humans are expected to avoid any physical activity.
9. Nieleczone nadciśnienie może być przyczyną zawału serca.
Poor blood pressure control increases risk for heart attack.
10. Nieleczone nadciśnienie może być przyczyną udaru mózgu.
Poor blood pressure control increases risk for stroke.
11. Prawidłowe wartości ciśnienia w trakcie leczenia farmakologicznego usprawiedliwiają odstawienie leku.
Good blood pressure control justifies discontinuing of therapy.
12. Cukrzyca i wysokie stężenie cholesterolu często towarzyszą nadciśnieniu.
Diabetes and hypercholesterolemia often coexist with hypertension.
13. Odpowiednia kontrola ciśnienia tętniczego zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań nadciśnienia.
Efficient blood pressure control can decrease complications of hypertension.
14. Jakie są prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego (skurczowe/rozkurczowe)?
What is the normal range of the blood pressure?
15. Czy ciśnienie tętnicze zmienia się w ciągu dnia?
Does blood pressure change during the day-time?

*Publikowane za zgodą autorów: prof. P. Sawicki, dr. R. Szczęch i prof. K. Narkiewicz, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii AM w Gdańsku/ *Published by the courtesy of authors: prof. P. Sawicki, dr. R. Szczęch i prof. K. Narkiewicz, Department of Hypertension and Diabetology, Medical University of Gdansk, Gdansk, Poland*

czym na kontrolę ciśnienia tętniczego oraz ryzyko rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych”. Badania ankietowe uzupełniano pomiarem wzrostu i masy ciała oraz danymi z wywiadu dotyczącymi rozpoznania i leczenia nadciśnienia tętniczego w okresie poprzedzającym hospitalizację.

Dane poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica, wersja 5.5.

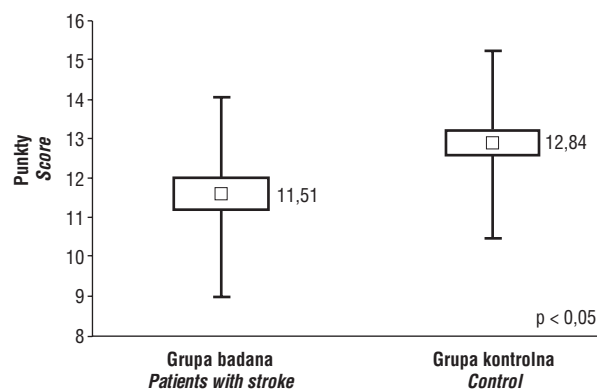
Wyniki

Badanie wykazało istotne różnice w świadomości znaczenia czynników ryzyka wśród pacjentów z obu grup.

Wśród badanych 8 pacjentów (19,5%) z zaburzeniami krążenia mózgowego oraz 16 chorych (50%) bez powikłań mózgowych oceniło swoją wiedzę o nadciśnieniu tętniczym jako wystarczającą lub raczej wystarczającą. Nie miało zdania 6 chorych w grupie badanej (14,5%) oraz 8 w grupie kontrolnej (25%). Jako raczej niewystarczającą lub niewystarczającą oceniło ją odpowiednio 27 (66%) i 8 (25%) ankietowanych (tab. II).

Chorzy po przebytych udarach mózgowym uzyskali gorszą punktację w badaniu ankietowym niż pacjenci poradni nadciśnieniowej ($11,51 \pm 2,5$ vs. $12,84 \pm 2,36$ pkt, $p < 0,05$) (ryc. 1). Rozkład odsetka prawidłowych odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety przedstawiono w tabeli III.

Prawidłowy zakres wartości ciśnienia tętniczego krwi potrafiło podać 8 chorych z grupy badanej (19,5%) oraz 24 pacjentów z grupy kontrolnej (75%), $p < 0,001$.



Rycina 1. Średni wynik uzyskany w badaniu ankietowym

Figure 1. Average questionnaire score

W grupie chorych z zaburzeniami krążenia mózgowego u 8 osób nadciśnienie tętnicze wykryto w trakcie udaru (19,5%), natomiast u 9 osób z rozpoznaniem uprzednio nadciśnieniem nie leczono tej choroby (27%).

Wśród badanych 29 osób po udarze mózgu stwierdzało u siebie nadwagę (71%), w grupie kontrolnej rozpoznawało ją 24 chorych (75%). Wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) powyżej 25 stwierdzono u 78% chorych z grupy badanej (średni BMI 28,1) oraz u 81% osób w grupie kontrolnej (średni BMI 30,87) (tab. IV).

Tabela II. Samoocena wiedzy o nadciśnieniu tętniczym wśród pacjentów

Table II. Self-evaluation of patients hypertension knowledge

	Wiedza oceniana jako Knowledge considered as		
	Wystarczająca lub raczej wystarczająca Sufficient or almost sufficient	Niewystarczająca lub raczej niewystarczająca Insufficient or hardly insufficient	Brak zdania No opinion
Grupa chorych z udarem n (%) Patients with stroke	8 (19,5)	27 (66)	6 (14,5)
Grupa kontrolna n (%) Control group	16 (50)	8 (25)	8 (25)

Tabela III. Odsetek prawidłowych odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety

Table III. Percentage of correct answers in questionnaire

Pytanie nr Question No.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Grupa chorych z udarem Patients with stroke n = 41	n	34	33	30	29	36	38	29	34	36	39	24	30	36	8	36
	%	83	80	73	71	88	92	71	83	88	95	58	73	88	19,5	88
Grupa kontrolna Control group n = 32	n	26	28	24	23	31	30	28	27	30	27	23	29	31	24	28
	%	81	87	75	72	97	94	87	84	94	84	72	91	97	75	87

Tabela IV. Świadomość istnienia nadwagi wśród ankietowanych

Table IV. Obesity awareness among patients

	Pacjenci świadomi nadwagi <i>Obesity „aware”</i>	BMI > 25
Grupa chorych z udarem n (%) <i>Patients with stroke</i>	29 (71)	32 (78)
Grupa kontrolna n (%) <i>Control group</i>	24 (75)	26 (81)

BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała

Dyskusja

W obu grupach znajomość czynników ryzyka udaru mózgu jest niska. Podobne wnioski wypływają z badań przeprowadzonych przez innych autorów [1, 6, 11]. Zebrane dane ukazują, że podstawowa wiedza na temat czynników ryzyka chorób naczyniowych mózgu jest niższa u pacjentów z nadciśnieniem oraz zaburzeniami krążenia mózgowego w wywiadzie niż u osób bez udaru mózgu. Stwierdzony duży odsetek nierozpoznanej (19%) i nieleczonej choroby nadciśnieniowej (27%) odpowiada danym epidemiologicznym dla populacji polskiej [12]. Istotna różnica dotyczy znajomości norm ciśnienia tętniczego krwi. Dużo lepsze ich rozpoznawanie w grupie kontrolnej może wynikać z faktu, iż pacjenci ci pozostawali pod stałą opieką poradni nadciśnieniowej. W trakcie regularnego leczenia nadciśnienia lekarze i pielęgniarki prowadzili edukację medyczną.

Odsetek rozpoznania nadwagi przez chorych w obu ankietowanych grupach był wysoki (ok. 95%). Świadomość własnej nadwagi u Polaków oceniana w badaniach sondażowych przedstawiała się podobnie. Wskaźnik masy ciała powyżej normy (> 25) wśród ankietowanych rozpoznawano częściej niż w pracach innych autorów [13].

Badania przeprowadzone przez autorów niniejszej pracy dowodzą, że konieczna jest edukacja dotycząca czynników ryzyka wśród osób obciążonych nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami krążenia mózgowego [14]. Stała edukacja medyczna na temat czynników ryzyka udaru mózgu powinna być prowadzona przez lekarzy rodzinnych, w poradniach specjalistycznych, szpitalach oraz w środkach masowego przekazu. Pacjenci po udarze mózgu powinni brać udział w programach edukacyjnych, które poszerzałyby ich wiedzę na temat modyfikacji stylu życia i koniecznej kontroli czynników ryzyka. Program taki powinien również uwzględnić nefarmakologiczne metody eliminacji czynników ryzyka [15, 16].

Istnieje konieczność stałej, specjalistycznej opieki neurologicznej oraz internistycznej chorych po przebytych udarach mózgu. Liczne prace dowodzą, że opieka pozaszpitalna u chorych po udarze mózgowym jest niewystarczająca do pełnej prewencji wtórnej [11, 17]. Problem ten przedstawił w swojej pracy Massing [3]. Jego zdaniem pacjenci po przebytych udarach mózgu nie wdrażają zachowań prozdrowotnych, nie zmieniają niekorzystnych nawyków oraz nie modyfikują stylu życia. Niedostateczna jest również współpraca lekarzy z pacjentami.

Ta niekorzystna sytuacja wymaga zmiany. Prospektywne badania (*Framingham, Minnesota*) dowodzą, że właściwa modyfikacja stylu życia i prozdrowotne działania edukacyjne w sposób istotny zmniejszają ryzyko wystąpienia lub nawrotu udaru mózgu [2, 18].

Wnioski

1. Wiedza na temat czynników ryzyka u chorych po udarze mózgu jest niedostateczna.
2. Pacjenci z zaburzeniami krążenia mózgowego w wywiadzie powinni pozostawać pod opieką poradni specjalistycznej, która zapewni nie tylko odpowiednie leczenie, ale również właściwą edukację medyczną.
3. Istnieje konieczność opracowania i wdrożenia odpowiednich programów edukacyjnych w celu zapobiegania chorobom naczyniowym mózgu.

Piśmiennictwo

1. Kothari R., Sauerbeck L., Jauch E.: Patient's awareness of stroke signs, symptoms and risk factors. *Stroke* 1997, 28, 1871.
2. Luepker R., Rastam L.: Community education for cardiovascular disease prevention. Morbidity and mortality results from the Minnesota Heart Health Program. *Am. J. Epidemiol.* 1996, 144 (4), 351–362.
3. Massing M., Rywik S., Jasinski B.: Opposing national stroke mortality trends in Poland and for African Americans and Whites in the United States 1968 to 1994. *Stroke* 1998, 29, 1366–1372.
4. Krupa-Wojciechowska B., Szczep R., Bieniaszewski L.: Mierz ciśnienie raz w roku. Próba prewencji nadciśnienia tętniczego w Polsce. *Nadciśnienie Tętnicze* 1998, 2, 56–59.
5. Mac Mahon S.: Blood pressure and the prevention of stroke. *J. Hypertension. Supl.* 1996, 14, 39.
6. PROGRESS-Collaborative-Group: Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001, 358 (9287), 1033–1041.
7. Joseph L., Babikian V., Allen N.: Risk factors modification in stroke prevention. The experience of a stroke clinic. *Stroke* 1999, 30, 16.
8. Joseph L., Kase C., Beiser A.: Mild blood pressure elevation and stroke: the Framingham study. *Stroke* 1998, 29, 277.
9. Ryglewicz D., Hierd B., Wiszniewska W.: Ischemic strokes are more severe in Poland than in the United States. *Neurology* 2000, 54 (2), 513–515.
10. Wiszniewska M., Świdorski W., Fryze W.: Znajomość problematyki udarowej wśród osób dorosłych w Polsce. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2000, t. 34 (L), 6, 1129–1136.
11. Wiszniewska M., Świdorski W.: Jak postępuje lekarz pierwszego kontaktu z chorymi z zaburzeniami krążenia mózgowego. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2000, t. 34 (L), 6, 1119–1127.

12. Januszewicz W., Sznajderman M., Szczepańska-Sadowska E.: Nadciśnienie tętnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
13. Babińska Z., Zdrojewski T., Babicz-Zielińska E.: Nadwaga i otyłość oraz świadomość własnej nadwagi u dorosłych Polaków w 1997 roku — ocena za pomocą sondażu reprezentatywnego. Czynniki Ryzyka 1998, 4, 41–49.
14. Sappok T., Faulstich A., Stuckert E.: Compliance With Secondary Prevention of Ischemic Stroke. A Prospective Evaluation. Stroke 2001, 32, 1884.
15. Grodzicki T., Szczęch R., Narkiewicz K.: Edukacja chorych w terapii nadciśnienia tętniczego. Terapia 1999.
16. Stern E., Berman M., Thomas J.: Community education for stroke awareness. An efficacy study. Stroke 1999, 30, 720–723.
17. Pniewski J., Syluk B.: Rokowanie odległe u młodych chorych z przeżytym incydem niedokrwienia mózgu. Neurologia i Neurochirurgia Polska 2000, t. 34 (L), 6, 1101–1110.
18. Wolf P., D'Agostino R., O'Neal A.: Secular trends in stroke incidence and mortality: the Framingham Study. Stroke 1992, 23, 1551–1555.
19. Prusiński A., Domżał T., Kozubski W., Szczudlik A.: Niedokrwienne udary mózgu. α-medica Press, Bielsko-Biała 1999.
20. Glanz K., Marger S., Meehan E.: Evaluation of a peer educator stroke education program for the elderly. Health Educ. Res. 1986, 1, 121.
21. Członkowska A.: Co nowego w leczeniu udaru niedokrwienego mózgu? Nowa Klinika (Neurologia) 1997, 4, 12, 605.